

Artículo Original/ Original Article

Valoración de estilos de vida saludable en pacientes obesos que acuden a un hospital de referencia

Andrea Insfrán Falcón¹, Patricia Escobar Arias¹, *Eliana Meza Miranda²

¹Facultad de Ciencias Químicas – Universidad Nacional de Asunción. Paraguay

²Centro Multidisciplinario de Investigaciones Tecnológicas – Universidad Nacional de Asunción. Paraguay

Cómo referenciar este artículo/ How to reference this article:

Insfrán Falcón A, Escobar Arias P, Meza Miranda E. Valoración de estilos de vida saludable en pacientes obesos que acuden a un hospital de referencia. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2018; 16(1): 45-53

R E S U M E N

Uno de los grandes retos en el tratamiento de la obesidad es lograr un descenso de peso significativo y mantenido en el tiempo. Para la valoración de estilos de vida saludable se utilizó el cuestionario de hábitos de vida relacionados con disminuir los riesgos de comorbilidades asociadas. El objetivo del trabajo fue valorar los estilos de vida saludable en pacientes obesos que acudieron a la Unidad de Manejo Integral del Paciente Obeso del Hospital de Clínicas entre mayo y julio del 2016. Estudio observacional descriptivo de corte transversal, no probabilístico de casos consecutivos. Se encontró un alto porcentaje (68%; n=51) de sujetos que necesitaba cambios en el estilo de vida, en su mayoría del sexo femenino con obesidad tipo III. Los resultados obtenidos en cada dimensión del cuestionario se encontraron los siguientes puntajes promedios en orden decreciente: Consumo de alcohol ($4,62 \pm 0,58$), alimentación saludable ($4,09 \pm 0,66$), contenido calórico ($3,45 \pm 0,77$), bienestar psicológico ($3,10 \pm 1,17$) y ejercicio físico ($3,02 \pm 1,35$). Se encontró un alto porcentaje de pacientes que necesitaban cambios en el estilo de vida, a pesar del tratamiento médico, nutricional y conductual que recibían. Esto podría indicar la necesidad de reforzar las estrategias en los cambios en el estilo de vida para el tratamiento de la obesidad.

Palabras clave: obesidad, estilos de vida, valoración.

Healthy lifestyle assessment in obese patients who attend a reference hospital

A B S T R A C T

One of the greatest challenges in the treatment of obesity is to achieve a significant decrease in time and maintained weight. Therefore, to have healthy lifestyles is a cornerstone in the treatment of obesity and thereby reduce the risks of comorbidities associated with obesity. The objective was to assess healthy lifestyles in obese patients attending the Integrated Management Unit of Obese Patients of the *Hospital de Clínicas* between May and July 2016. Cross-sectional descriptive observational study, not probabilistic sampling of consecutive cases. Seventy five obese subjects who were between 18 and 60 years old participated in this study. The lifestyle questionnaire related to overweight and obesity and instrument data collector provided a brief medical history of the subjects and was used for the assessment of healthy lifestyles. It was found a higher percentage (68%; n=51) of subjects that required changes in lifestyle, they were mostly female and had type III obesity. Regarding the results obtained in each dimension of the questionnaire the following average scores in descending order were: CA? ($4,62 \pm 0,58$), AS? ($4,09 \pm 0,66$), CC? ($3,45 \pm 0,77$), BP? ($3,10 \pm 1,17$) and EF? ($3,02 \pm 1,35$). It was found a higher percentage of patients that required changes in lifestyle, despite medical, nutritional and behavioral treatment they received in the Unit. This could indicate the necessity to

Fecha de recepción: febrero 2018. Fecha de aceptación: marzo 2018

***Autor correspondiente: Eliana Meza Miranda.** Centro Multidisciplinario de Investigaciones Tecnológicas, Universidad Nacional de Asunción. Paraguay
Email: eliana_romina@hotmail.es

strengthen the strategies for the treatment of obesity, which should include changes in lifestyle as a first option.

Keywords: obesity, lifestyle, assessment.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica resultante de la interacción entre factores genéticos, metabólicos, conductuales y culturales⁽¹⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que la misma es producto del desequilibrio entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas. Además, la disminución de la actividad física contribuye igualmente a este desequilibrio energético que desemboca en el aumento de peso⁽²⁾.

La obesidad es considerada como la epidemia mundial del siglo XXI. Se presenta como la patología metabólico-nutricional más frecuente en la actualidad⁽³⁾. Según la OMS la prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014. Estimaciones recientes señalan que en el 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 años o más tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos⁽⁴⁾. En todos los países de América Latina más del 50% de la población presenta sobrepeso y más del 10% obesidad⁽⁵⁾. En Paraguay el 57,6% de la población adulta tiene malnutrición por exceso (22,8% obesidad), siendo mayor en las mujeres⁽⁶⁾.

El exceso de peso se asocia al desarrollo de otras enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de neoplasias, incluso parece relacionarse con trastornos psicológicos^(1, 7,8).

Los pilares del tratamiento de la obesidad son la buena alimentación, la actividad física y el tratamiento psicológico. En el caso de que no se obtengan buenos resultados o ya se presenten comorbilidades asociadas, otras alternativas terapéuticas son los fármacos y la cirugía bariátrica^(9,10). En este sentido, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) insiste en la necesidad de implantar programas de modificación de estilos de vida que incluyan plan de alimentación, actividad física, cambios en el estilo de vida y tratamiento psicológico y/o psiquiátrico⁽¹¹⁻¹³⁾.

El tratamiento de la obesidad ha evolucionado con los años y en este momento la mejor oportunidad de tratamiento la ofrece un modelo de prevención de la enfermedad crónica que abarca tanto intervenciones sobre el estilo de vida, como tratamientos con equipos multidisciplinarios de médicos, dietistas, especialistas en ejercicio y terapeutas conductuales^(10,14).

Una de las mayores evidencias referente a los efectos positivos de los cambios en el estilo de vida es el "Diabetes Prevention Program (DDP)" el cual demostró que se puede lograr reducir el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (reducción del 58% de la incidencia) con cambios en el estilo de vida⁽¹⁵⁾. Así también, un estudio realizado por Arrebola Vivas E et al. en el 2013 sobre la eficacia de un programa para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en atención primaria y su influencia en la modificación de estilos de vida encontró mejoría con los cambios en el estilo de vida posterior a la implementación de un programa intensivo⁽¹⁾.

El tratamiento de las enfermedades crónicas demanda larga duración, con alta adherencia al mismo y un auto cuidado responsable para que se generen cambios en los hábitos de vida del paciente⁽¹⁶⁾. Uno de los grandes retos en el tratamiento de la obesidad es mantener el peso perdido. Esto probablemente dependa de la capacidad del paciente para modificar de forma eficaz y permanente sus hábitos de vida⁽¹⁾.

Resaltando la importancia que tiene la práctica de estilos de vida saludable y su mantenimiento en el tiempo en la prevención de enfermedades crónicas, el objetivo de este trabajo fue valorar los estilos de vida saludable en pacientes obesos que acuden a un hospital de referencia. Con el mismo se buscó conocer si los pacientes logran establecer estilos de vida saludable, basados en las recomendaciones recibidas por los profesionales del área, por lo que los resultados obtenidos servirán como base para posteriores trabajos así como también para establecer posibles cambios en los protocolos de tratamiento y control en la Unidad donde se llevó a cabo dicho estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se evaluaron 75 pacientes (66 mujeres y 9 hombres) que acudían a la Unidad de Manejo Integral del Paciente Obeso del Hospital de Clínicas de

San Lorenzo-Paraguay, con edades comprendidas entre 18 y 60 años, quienes fueron reclutados entre mayo y julio del 2016. Se reclutó a todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión los cuales fueron, personas mayores de 18 años, con un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y dispuestas a participar del estudio a través de una nota de consentimiento informado. La presente investigación se realizó según las normas del *Department of Health and Human Service (DHHS)* de los Estados Unidos, de forma a garantizar que la investigación sea éticamente aceptable. El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron una ficha elaborada por las investigadoras en donde se recogieron datos personales, sociodemográficos, antropométricos, clínicos y psicológicos de los pacientes los cuales fueron tomados de las fichas clínicas proporcionadas por la Unidad. La valoración de estilos de vida se evaluó a través del cuestionario de hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad, creado por Pardo *et al.*⁽¹⁷⁾ que consta de 22 preguntas tipo Likert agrupadas en cinco escalas: ejercicio físico (EF), contenido calórico de la dieta (CC), preocupación por una alimentación saludable (AS), consumo de alcohol (CA) y comer por bienestar psicológico (BP). Una mayor puntuación indica mejores hábitos para las dimensiones CC, AS y EF y peores para CA y BP.

La práctica de cada hábito tenía una puntuación probable del 1 al 5. Cada escala se puntuó de la siguiente manera⁽¹⁾: se corrigió cada pregunta asignando una puntuación del 1 a 5 en los términos ya señalados,⁽²⁾ se sumaron las puntuaciones de las preguntas correspondientes a esa escala, y⁽³⁾ se dividió esa suma por el número de preguntas de esa escala. Se obtuvo así una puntuación individual comprendida entre 1 y 5. Se consideró buenos estilos de vida a partir de un puntaje igual o mayor al 80% del total de puntos. La terminología contenida en el cuestionario fue modificada para ser adaptada a la población paraguaya realizando una prueba piloto.

Análisis de los datos

Los datos fueron digitalizados en una planilla Excel versión 2010 y resumidos en función a la distribución normal. Los datos cualitativos fueron presentados en frecuencias y porcentajes y los datos cuantitativos en promedio y desviación estándar o en medianas y rango intercuartil si presentaban o no distribución normal.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

La mayor parte de la población estudiada fue del sexo femenino (n=66; 88%), la edad media fue de 43,6±12,8 años, el 55% (n=41) estaba casado y el porcentaje mayor presentaba un nivel de educación terciaria y secundaria. La mayor parte vivía en Gran Asunción (n=67; 89,3%) y la ocupación laboral predominante fue la de trabajadores no calificados (n=22; 29,3%).

Características antropométricas y clínicas

El peso y la talla promedio de la muestra fueron de 104,12±22,18 kg y 1,60±0,08 m respectivamente. Se observó un IMC promedio de 40,44±6,32 kg/m², una circunferencia de cintura promedio de 114,17±12,34 cm en mujeres y 135,50±16,40 cm en hombres, así como una mayor frecuencia de obesidad tipo III (n=31; 41,33%).

Por otro lado, se observó una reducción del peso, IMC, circunferencia de cintura y grado de obesidad en los sujetos de estudio durante el tiempo que llevaban en tratamiento, desde la visita inicial y el control actual. El valor promedio de descenso de peso fue de 5,46±4,76%. El IMC promedio se redujo de 42,74±6,74 kg/m² a 40,44±6,32 kg/m², con la consiguiente reducción de la frecuencia de obesidad tipo III de 58,67% a 41,33%, y de la circunferencia de cintura en mujeres de 121,85±13,94 cm a 114,17±12,34 cm y en hombres de 143,6±17,66 cm a 135,50±16,40 cm.

Entre las características clínicas se observó que la mayor parte de los sujetos tenían un tiempo de tratamiento ≤6 meses (n=58; 77,3%) y que el 37% tuvo un inicio de exceso de peso en la etapa de adulto joven (19 a 30 años).

En cuanto a las patologías más frecuentes, se encontró en primer lugar a la hipertensión arterial (n=40; 53,3%) seguido de dislipidemia (n=33; 44%), diabetes mellitus tipo II (n=29; 39%) y síndrome metabólico (n=3; 4%). De los 75 sujetos, 68 contaban con diagnóstico psicológico, donde se encontró que 56 (82,3%) presentaba ansiedad y 48 (70,5%) depresión. En cuanto al consumo de fármacos el 17,3% consumía fármacos para la

obesidad y el 10,6% antidepresivos. Las características antropométricas y clínicas se describen en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Características antropométricas iniciales y actuales de los pacientes de la Unidad de Manejo Integral del Paciente Obeso del Hospital de Clínicas. (n=75)

Variables antropométricas		Promedio \pm DE	Mediana (mínimo - máximo)
Talla (m)		1,60 \pm 0,08	1,57 (1,47-1,86)
Descenso de peso	Kg	6,16 \pm 5,81	4,6 (0,1-28,8)
	%	5,46 \pm 4,76	4,5 (0,1-23,2)
Peso (Kg)	Inicial	109,96 \pm 23,19	104,6 (79-186,3)
	Actual	104,12 \pm 22,18	99,7 (76,7-180,7)
Cia. de cintura (cm)Mujeres	Inicial	121,85 \pm 13,94	120 (91,5-166,5)
	Actual	114,17 \pm 12,34	114 (92,5-150)
Cia. De cintura (cm)Hombres	Inicial	143,56 \pm 17,66	120 (121-162)
	Actual	135,50 \pm 16,40	114,4 (107-150)
IMC (kg/m²)	Inicial	42,74 \pm 6,74	41 (32,6-60,8)
	Actual	40,44 \pm 6,32	38,8 (30,6-57)

Tabla 2. Grado de obesidad de los pacientes de la Unidad de Manejo Integral del Paciente Obeso del Hospital de Clínicas. (n=75)

Clasificación	Grado de obesidad inicial		Grado de obesidad actual	
	n	%	n	%
Tipo I	5	6,67	16	21,33
Tipo II	26	34,67	28	37,33
Tipo III	44	58,67	31	41,33

Valoración de estilos de vida

En cuanto a los resultados de la valoración de hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad se encontró que un 68% (n=51) de los sujetos necesitaba cambios en el estilo de vida. Figura 1

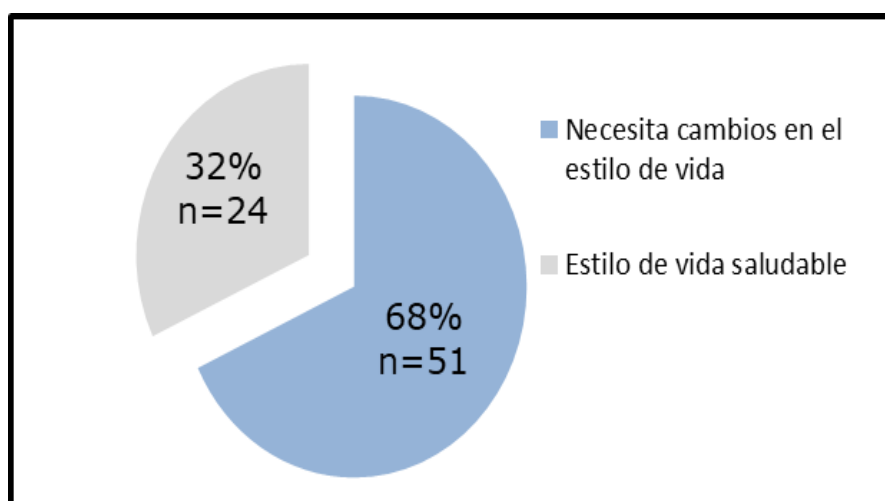


Figura 1. Valoración de estilos de vida de los pacientes de la Unidad de Manejo Integral del Paciente Obeso del Hospital de Clínicas. (n=75)

Respecto a cada dimensión del cuestionario se encontraron los siguientes puntajes promedio: para el contenido calórico de la dieta 3,45 \pm 0,77, comer por bienestar psicológico 3,10 \pm 1,17, ejercicio físico 3,02 \pm 1,35, preocupación por una alimentación saludable 4,09 \pm 0,66 y consumo de alcohol 4,62 \pm 0,58. Tabla 3

Tabla 3. Valoración de estilos de vida según dimensiones de los pacientes de la Unidad de Manejo Integral del Paciente Obeso del Hospital de Clínicas (n=75)

Dimensiones	Promedio \pm DE	Mediana(mínimo - máximo)
Contenido calórico de la dieta	3,45 \pm 0,77	3,37 (1,25-4,87)
Comer por bienestar psicológico	3,10 \pm 1,17	3 (1-5)
Ejercicio físico	3,02 \pm 1,35	3 (1-5)
Preocupación por una alimentación saludable	4,09 \pm 0,66	4,16 (2,33-5)
Consumo de alcohol	4,62 \pm 0,58	5 (3-5)

Valoración de estilos de vida según otras variables de estudio

Al relacionar los estilos de vida según otras variables de estudio se encontró que el 68,4% (n=26) de los sujetos con un nivel académico terciario necesitaba cambios en el estilo de vida. Según el grado de obesidad, el 77,4% (n=24) de los sujetos que necesitaban cambios en el estilo de vida tenían obesidad tipo III. Con respecto al descenso de peso se observó que el mayor porcentaje (n=29; 82,9%) de los sujetos que necesitaban cambios en el estilo de vida, son los que menos bajaron de peso (0 a 5% de su peso inicial) como así también, los que necesitaban cambios son los que menos tiempo de tratamiento tenían (n=38; 65,5%). En los sujetos que necesitaban cambios en el estilo de vida, se encontró que el 69,7% (n=39) presentaba ansiedad y el 75% (n=36) depresión. En cuanto al consumo de fármacos se observó que de los que necesitaban cambios en el estilo de vida, el 68,3% (n=28) no tenía indicado fármacos para la obesidad y el 65% (n=43) no consumía antidepresivos. Los resultados obtenidos se describen en la Tabla 4.

Tabla 4. Valoración de estilos de vida según otras variables de estudio. (n=75)

Otras variables	Estilo de vida saludable n (%)	Necesita cambios en su estilo de vida n (%)
Nivel académico		
Primaria (n=12)	5 (41,7)	7 (58,3)
Secundaria (n=25)	7 (28)	18 (72)
Terciaria (n=38)	12 (31,6)	26 (68,4)
Sexo		
Masculino (n=9)	3 (33,3)	6 (66,7)
Femenino (n=66)	21 (31,8)	45 (68,2)
Grado de obesidad		
Tipo I (n=16)	7 (43,7)	9 (56,3)
Tipo II (n=28)	10 (35,7)	18 (64,3)
Tipo III (n=31)	7 (22,6)	24 (77,4)
Descenso de peso en %		
0 (n=8)	2 (25)	6 (75)
0-5 (n=35)	6 (17,1)	29 (82,9)
5-10 (n=22)	7 (31,8)	15 (68,2)
10-15 (n=9)	4 (44,4)	5 (55,6)
>15 (n=3)	1 (33,3)	2 (66,7)
Tiempo de tratamiento (meses)		
0-6 (n=58)	20 (34,5)	38 (65,5)
6-12 (n=8)	2 (25)	6 (75)
>12 (n=9)	2 (22,2)	7 (88,8)
Variables psicológicas		
Ansiedad (n=56)	17 (30,3)	39 (69,7)
Depresión (n=48)	12 (25)	36 (75)
Variables farmacológicas		
Consume fármacos para la obesidad (n=13)	7 (53,8)	6 (46,2)
No consume fármacos para la obesidad (n=41)	13 (31,7)	28 (68,3)
Consume antidepresivos (n=9)	1 (11,1)	8 (88,9)
No consume antidepresivos (n=66)	23 (35)	43 (65)

DISCUSIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica que se asocia a mayor morbilidad y mortalidad. Por este motivo resulta indispensable buscar las mejores estrategias para su prevención y tratamiento. Este trabajo surge debido a la importancia que tiene el estilo de vida saludable

en el tratamiento de la obesidad, ya que la misma es una enfermedad que requiere cambios permanentes en los hábitos de vida para obtener logros a largo plazo y de esta manera disminuir los riesgos de comorbilidades asociadas a la obesidad y por ende mejorar la calidad de vida. Por ello resulta indispensable realizar programas intensivos relacionados con el estilo de vida, para promover cambios hacia conductas más saludables, teniendo en cuenta la importancia de un enfoque integral con la necesidad de la intervención de un equipo multidisciplinario.

Los resultados obtenidos en este estudio refieren que el 68% de los sujetos necesitaban cambios en el estilo de vida. Esto probablemente indicaría que el tratamiento realizado en la Unidad de Manejo Integral del Paciente Obeso, requiere un enfoque más intenso en el estilo de vida. Así como también, podría indicar la falta de compromiso por parte del paciente por no tomar una función activa en la gestión de su propia enfermedad, lo que impide lograr el cambio de conducta. Por otro lado este resultado también podría estar relacionado a que la mayoría de los sujetos que necesitan cambios en el estilo de vida tienen un tiempo de tratamiento más corto, lo que podría indicar que se requiere un mayor tiempo de tratamiento para observar cambios en el estilo de vida.

Respecto a la mayor puntuación que se obtuvo en la escala "consumo de alcohol" indicaría una baja frecuencia de consumo, cabe destacar que la población mayoritaria fue del sexo femenino. El puntaje resultó similar al encontrado en el estudio realizado por Arrebola Vivas *et al.*⁽¹⁾. Por otro lado, Pardo *et al.*⁽¹⁷⁾ informaron que esta escala arroja índices de fiabilidad más bajos que las demás dimensiones del cuestionario y también lo han atribuido a la posible falta de sinceridad al responder sobre hábitos que provocan rechazo social.

La segunda puntuación más alta se obtuvo en la escala "preocupación por una alimentación saludable", lo que podría indicar el aprendizaje en la elección de alimentos y técnicas de cocinado saludables por el interés en mantener una alimentación saludable^(1,17). En este sentido, algunos autores concluyen que la percepción subjetiva del exceso de peso y de la propia dieta puede influir sobre la motivación para modificar hábitos alimentarios, debido a que las personas tienden a subestimar su estado minimizando su enfermedad⁽¹⁸⁾.

A estos puntajes le sigue el obtenido en la escala de "contenido calórico de la dieta", lo que parecería indicar un control aún insuficiente sobre las calorías ingeridas y el tamaño de las raciones de alimentos⁽¹⁷⁾ considerando que un puntaje ≥ 4 en cada escala del cuestionario utilizado indica buenos hábitos.

El puntaje obtenido en la escala "comer por bienestar psicológico" indicaría que la mayoría de los sujetos comen cuando están ansiosos o deprimidos, favoreciendo conductas de sobrealimentación, como un modo de autorregulación emocional, generando un círculo vicioso que perpetúa la obesidad⁽¹⁹⁾. En este sentido Sánchez y Pontes⁽²⁰⁾ concordaron en que las emociones tienen una influencia muy importante en cuanto a la elección de alimentos y de los hábitos alimenticios. Así también sugirieron que la emoción en sí misma no es la responsable del consumo excesivo de alimentos, sino más bien la forma en que la persona afronta esa emoción.

El bajo puntaje obtenido en la escala de "ejercicio físico" nos hace pensar que los sujetos no adoptan un estilo de vida activo. Cabe destacar que en el estudio realizado por Arrebola Vivas *et al.* ésta escala también obtuvo el menor puntaje a pesar de haberse observado una modificación tras 6 meses de tratamiento. En nuestro estudio esto también podría deberse a que no se incluye a un especialista en actividad física dentro del equipo multidisciplinario a cargo de los sujetos de estudio, lo cual resulta indispensable para el tratamiento. También concuerda con la problemática a nivel nacional, donde la primera encuesta de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles realizada en el 2011 demostró un alto porcentaje de sedentarismo (74,5%) en la población paraguaya⁽⁶⁾. Existe consenso en que la práctica regular de actividad física sin lugar a dudas es un mecanismo eficiente y eficaz para tratar el exceso de peso^(21,22).

Se observó que el mayor porcentaje de sujetos que necesita cambios en el estilo de vida presentaba obesidad tipo III, lo que es de esperarse y confirma que en este grupo existe una mayor necesidad de intervención para generar nuevos hábitos saludables y así contribuir a un cambio en el estilo de vida.

También se observó que el mayor porcentaje de los sujetos que necesitaban cambios en el estilo de vida tuvieron un porcentaje de descenso de peso menor, como así también los que necesitaban cambios en el estilo de vida son los que menos tiempo de tratamiento

tuvieron. Lo que podría indicar que se requiere un mayor tiempo de tratamiento para observar cambios en el estilo de vida y por ende disminución del porcentaje de peso inicial, debido a que la obesidad es una enfermedad crónica, que requiere un tratamiento continuo y a largo plazo para lograr los objetivos establecidos. Estudios sugieren que las intervenciones en el estilo de vida son eficaces a mediano y largo plazo en la prevención y tratamiento de la obesidad, y esto conduce a una reducción significativa en el peso corporal y los factores de riesgo cardiovasculares⁽²³⁾.

Por otro lado, se observó un descenso de los parámetros antropométricos entre la visita inicial y el control actual. Una disminución de obesidad tipo III y del peso corporal?, en este punto cabe destacar las mejoras que se pueden obtener en la glucemia, la tensión arterial, lípidos plasmáticos, reducción de factores de riesgo cardiovascular entre otros beneficios metabólicos con pérdidas de tan solo 3% al 5% del peso inicial. También se pudo observar la reducción de la circunferencia de cintura, la cual tiene relevancia considerando que valores <88 cm y <102 cm en mujeres y hombres respectivamente se asocian a menor riesgo de enfermedad cardiovascular^(24,22).

Se encontró una mayor frecuencia de ansiedad, y en menor medida de depresión entre los sujetos que necesitaban cambios en el estilo de vida lo que podría concordar con un estudio realizado por Bresh²⁵ en el que señala que muchas personas refieren que comen cuando están deprimidas o ansiosas, de manera que la ingesta de alimentos reduce ansiedades y depresiones. Por ende, es de fundamental importancia tratar estos síntomas afectivos, para que el paciente sea capaz de comprometerse adecuadamente con su tratamiento y de esta manera generar cambios en su estilo de vida.

En el estudio también se destaca que el mayor porcentaje de los sujetos tuvo un inicio de exceso de peso en la etapa de adulto joven. Esto indicaría que los estilos de vida poco saludables se adoptan a una edad temprana y a menudo persisten en la edad adulta. A la larga, esto se traduce en mayores costos para la salud pública, ya que el inicio del sobrepeso a temprana edad predispone el desarrollo de la obesidad en la edad adulta. Cualquier rutina saludable o no saludable que se presente a temprana edad, puede permanecer de por vida, lo que sugiere fuertemente que las intervenciones que promuevan un estilo de vida saludable deben comenzar tan pronto como sea posible. El desarrollo de nuevos programas de intervención de estilo de vida a temprana edad resulta altamente relevante para reducir la prevalencia de la obesidad y la consecuente disminución de los costos relacionados con la salud^(26,27).

Entre los sujetos que necesitaban cambios en el estilo de vida, se observó que el 37,3% no consumía fármacos para la obesidad. Es importante recalcar, que si las intervenciones en el estilo de vida por sí solas son insuficientes se podría añadir la farmacoterapia⁽²⁸⁾ que podría considerarse como otra alternativa, si e los fármacos se combinan adecuadamente con las intervenciones en el estilo de vida para obtener beneficios a corto plazo en la reducción del peso⁽²⁹⁾. Por otro lado se observó que entre los sujetos que necesitaban cambios en el estilo de vida, el mayor porcentaje no consumía fármacos antidepresivos, esto quizá podría deberse a que no pueden adherirse al tratamiento por no tener control sobre situaciones de intenso estrés y ansiedad, ya que algunos antidepresivos tienen la capacidad de bloquear la recaptación de serotonina a nivel del hipotálamo y se utilizan en el tratamiento farmacológico de la obesidad, lo que puede influir sobre el control del estado de ánimo y el impulso hacia el consumo de cierto tipo de alimentos⁽³⁰⁾.

Como fortalezas del estudio se mencionan el beneficio de proporcionar información válida recolectada de los propios pacientes a la Unidad, los cuales podrían contribuir a mejorar el tratamiento de los pacientes, así como también proporcionar un instrumento válido para medir el estilo de vida del paciente dentro del tratamiento.

Es necesario mencionar algunas limitaciones presentes en el estudio como el reducido tamaño de la muestra y la escasa participación del sexo masculino. Otra limitación es que al utilizarse cuestionarios autoadministrados pudieron haberse sobreestimado o infravalorado los resultados. En cuanto a los datos obtenidos de las fichas clínicas de los sujetos, los mismos no fueron tomados por las autoras, de manera que no se pudo verificar la calidad de la información. Además, no se pudo realizar una medición del estilo de vida de los pacientes al inicio de su tratamiento, para observar los cambios generados.

Se encontró un mayor porcentaje de pacientes que necesitan cambios en el estilo de vida, a pesar del tratamiento médico, nutricional y conductual que reciben en la Unidad.

Esto podría indicar la necesidad de reforzar las estrategias para el tratamiento de la obesidad, el cual debe incluir como primera opción, cambios en el estilo de vida.

Agradecimientos

A la Unidad de Manejo Integral del Paciente Obeso del Hospital de Clínicas, por permitirnos realizar el presente estudio en dicho lugar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrebola Vivas E, Gómez-Candela C, Fernández Fernández C, Bermejo López L y Loria Kohen V. Eficacia de un programa para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad no mórbida en atención primaria y su influencia en la modificación de estilos de vida. *Nutr Hosp.* 2013; 28(1):137-41.
- Organización Mundial de la Salud. Reportajes. Datos y cifras. 10 datos sobre la obesidad [En Línea]. Marzo del 2013 [consultado el 31 de marzo 2016]; [5 pantallas]. Disponible en: www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/
- González L, Giraldo N, Estrada A, Muñoz A, Meza E, Herrera C. La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. *Rev Chil Nutr.* 2007; 34(1): 46-54.
- Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Nota descriptiva N° 311. Obesidad y sobrepeso [En Línea]. Enero del 2015 [consultado el 31 de marzo 2016]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2014.
- Organización Mundial de la Salud. Primera encuesta Nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles [En Línea]. 2011 [consultado el 3 de abril 2016]; [8 pantallas]. Disponible en: www.who.int/chp/steps/2011_STEPS_Paraguay_1_eaflet.pdf
- Tapia A. Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Rev Chil Nutr.* 2006; 33:352-7.
- Silvestri E, Stavile A. Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario [Tesis Postgrado]. Córdoba Capital: Universidad Favaloro; 2005.
- Fernández-Travieso J. Incidencia actual de la obesidad en las enfermedades cardiovasculares. *Rev CENIC Ciencias Biológicas.* 2011; 47(1): 1-11.
- Gómez S, Marcos A. Intervención integral en la obesidad del adolescente. *Rev Med Univ Navarra.* 2006; 50(4):23-5.
- Rubio A, Salas J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes* 2007; 5(3):135-75.
- Tárraga M, Rosich N, Panisello J, Gálvez A, Serrano J, Rodríguez J, et al. Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutr Hosp.* 2014; 30(4):741-8.
- Skolnik N, Bade D. Lifestyle Management. *J Family Practice.* 2016; 65(7):S13-S16.
- Armenta B, Díaz R, Fernando M, Juillerat V, Quizán T. Manejo de la obesidad en el primer nivel de atención con un programa intensivo de cambio de estilo de vida. *Nutr Hosp* 2015; 32(4):1526-34.
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Diabetes prevention program research group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346(6):393-403.
- Torresani M, Maffei L, Squillace C, Belén L, Alorda B. Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *Dieta* [Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Abr 05]; 29(137):31-8. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372011000400004&lng=es.
- Pardo A, Ruiz M, Jódar E, Garrido J, De Rosendo J, Usán L. Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. *NutrHosp.* 2004; 19(2):99-109.
- Matus Lerma N, Álvarez Gordillo G, Nazar Beutelspacher D, Mondragón Ríos R. Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. México; 2016.
- Cofre A, Angulo-Díaz P. Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología. *Summa Psicológica Ust.* 2014; 11(1):89-98.
- Sánchez J, Pontes Y. Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria, Cartas científicas.* 2012; 27(6): 2148-50.
- Jensen M, Ryan D, Donato K, Apovian C, Ard J, Comuzzie A, et al. 2013 AHA/ACC/TOS Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Adults. *Circulation.* 2013; 1-68.
- Eckel R, Jakicic J, Ard J, de Jesus M, Miller N, Hubbard V, et al. 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. *Circulation.* 2013; S76-S92.
- Galani C, Schneider H. Prevention and treatment of obesity with life style interventions: review and meta-analysis. *Int J Public Health.* 2007; 52:348-59.

24. Salas J, Rubio M, Barbany M, Moreno B. SEEDO 2007. Consensus for the evaluation of overweight and obesity and the establishment of therapeutic intervention criteria. *Med Clin.*2007; 128:184-96.
25. Bresh, S. La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Rev Colombiana de Psiquiatría.* 2006; 35(4):537-46.
26. Willeboordse M, Jansen M, Heijkant S, Simons A, Winkens B, Groot R, et al. The Health y Primary School of the Future: study protocol of a quasi-experimental study. *BMC Public Health.*2016; 16:639.
27. Sobko T, Tse M, Kaplan M. A randomized controlled trial for families with preschool children – promoting healthy eating and active play time by connecting nature. *BMC Public Health.*2016; 16:505.
28. Cannon C, Kumar A. Treatment of Overweight and Obesity: Lifestyle, Pharmacologic, and Surgical Options. *Clin Cornerstone.* 2009; 9(4):55-71.
29. Hainer V, Toplak H, Mitrakou A. Treatment Modalities of Obesity. *Diabetes Care.* 2008; 31(2):S269–S277.
30. Bolaños Ríos P, Cabrera R. Influencia de psicofármacos en el peso corporal. 2008; 8:814-32.